

診療情報提供書 (兼放射線検査依頼票)

板橋中央総合病院 外来担当医 殿

患者様名 _____ 様 男・女 才

貴院名 _____ 医師名 _____ 先生

検査日	年 月 日 () 午前・午後 時 分
薬投与日	年 月 日 () 午前・午後 時 分

検査種類	MRI	CT	RI	骨密度測定
	・頭部 ・頸髄 ・腹部 ・胸髄 ・骨盤腔 ・腰髄 ・胸部 ・四肢	・頭部 ・胸部 ・腹部 ・四肢 ・冠動脈 (心臓)	・骨 (全身) ・ガリウム (全身) ・脳血流 ・心筋 ・甲状腺 ・腎 (静態 / 動態)	・センチネル ・肺血流 ・消化管出血 ・唾液腺 ・副甲状腺 ・副腎 (皮質 ・ 髓質)
	造影剤：要・否・一任	造影剤：要・否・一任	撮影方法：標準撮影・SPECT / CT (フュージョン撮影)	

臨床診断 :

既往歴
及び現症 :

検査目的
及び希望 :

服薬内容 :

読影：要・否

至急：有・無

CD-R：有・無

※臨床所見を詳細に記入し、検査データ・フィルムをご持参下さい。

チェック項目 (造影時は必須)	HB抗原(+ - 未検) HCV(+ - 未検) Wa氏(+ - 未検) MRSA(+ - 未検)			
	MRI		CT	
	・体内金属	無 (有：)	・ヨード造影剤使用歴	無 有
	・妊娠	無 (有： 月)	・副作用歴	無 (有：)
	・ペースメーカー	無 (有： 検査不可)	・喘息	無 (有： 造影剤原則禁忌)
・喘息	無 (有： 造影剤禁忌)	・アレルギー	無 (有：)	
・アレルギー	無 (有：)	・甲状腺機能亢進症	無 (有： 造影剤禁忌)	
	BUN値 (月 日)	mg / dl	BUN値 (月 日)	mg / dl
	クレアチニン値 (月 日)	mg / dl	クレアチニン値 (月 日)	mg / dl

検査の予約は下記電話番号に直接ご連絡ください。

・放射線科直通： ☎03-3967-1197